

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Isac Hugo ORENSTEIN**

Né le 27 août 1906, à Braila (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PACHYONYXIS SYPHILITIQUE

*Président : M. GOUGEROT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Isac Hugo ORENSTEIN**

Né le 27 août 1906, à Braïla (Roumanie)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PACHYONYXIS SYPHILITIQUE

---

*Président : M. GOUGEROT, Professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—  
1935

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                          | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                            | R. DEBRÉ.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                    | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                            | N...               |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | IANON.             |
| Médecine légale .....                                          | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale .....                                        | LOEPER.            |
|                                                                | CARNOT.            |
|                                                                | CLERC.             |
|                                                                | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale .....                                    | CUNÉO.             |
|                                                                | GOSSET.            |
|                                                                | GRÉGOIRE.          |
|                                                                | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                      | MARION.            |
| Clinique d'accouchements .....                                 | BRINDEAU.          |
|                                                                | COUVELAIRE.        |
|                                                                | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique .....                                   | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                   | SERGEANT.          |
| Clinique de la tuberculose .....                               | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.           |
|                                                                | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                  | MULON.             |
|                                                                | OLIVIER.           |
|                                                                | VERNE.             |
|                                                                | MOCQUOT.           |



## II. — AGREGÉS EN EXERCICE

### MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.  
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD .... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie  
 chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN .... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.  
 LACOMME ..... Obstétrique.

### MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LÉVY ... Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 OBERLING ..... Anatomie pathologique.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RICHEL ..... Physiologie.  
 SANNIÉ ..... Chimie biologique.  
 SÈNEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIÈRE ..... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale

## III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

### MM.

LEROUX ..... Anatomie pathologique  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 ZIMMERN ..... Physiologie.

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.                         |                    | MM.          |                        |
|-----------------------------|--------------------|--------------|------------------------|
| ABRAMI.                     | Clinique médicale. | BASSET.      | Clinique chirurgicale. |
| ALAJOUANINE.                |                    | BROCQ.       |                        |
| AUBERTIN.                   |                    | CADENAT.     |                        |
| BRULÉ.                      |                    | GATELLIER.   |                        |
| CHABROL.                    |                    | HEITZ-BOYER. |                        |
| CHIRAY.                     |                    | MOURE.       |                        |
| DONZELOT.                   |                    | QUÉNU.       |                        |
| DUVOIR.                     |                    | SCHWARTZ.    |                        |
| HARVIER.                    |                    | VELTER.      |                        |
| LIAN.                       |                    |              |                        |
| VALLERY-RADOT<br>(Pasteur). |                    |              |                        |
| SÉZARY.                     |                    |              |                        |

| MM.         |                        |
|-------------|------------------------|
| ÉCALLE      | Clinique obstétricale. |
| GUÉNIOT.    |                        |
| LE LORIER.  |                        |
| LÉVY-SOLAL. |                        |
| METZGER.    |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                       |                      |
|---------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ... | Éducation physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....       | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLÉ .....          | Puériculture.        |
| FREY.....                 | Stomatologie.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Trop faible témoignage de mon amour  
filial.*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A IZY ET SYLVIO

*Pour notre amitié de toujours.*

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques  
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis  
Président de la Société française  
de Prophylaxie sanitaire et morale

*Notre profonde admiration et notre  
reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a  
fait de bien vouloir présider notre thèse.*

A M. LE DOCTEUR LÉVY-BING

Médecin de Saint-Lazare

*Nos respectueux remerciements pour la  
bienveillance avec laquelle il a mis à notre  
disposition les documents qui nous ont  
servi pour cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR CARTEAUD

Ancien chef de Clinique à la Faculté  
Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.  
Nous le remercions de nous avoir honoré  
de son amitié.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BUSQUET

*En témoignage de notre reconnaissance  
pour l'intérêt qu'il nous a toujours montré.*

A M. LE DOCTEUR M. GADRAT

*Pour la sollicitude qu'il nous a toujours  
témoignée. Notre profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
PACHYONYXIS SYPHILITIQUE

---

## Introduction

---

Au cours de notre stage à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur GUGEROT, nous avons été particulièrement intéressé par les troubles, malformations ou lésions des ongles. Notre attention a été attirée sur le grand rôle que la syphilis pouvait jouer, à toutes ses périodes, dans l'étiologie des onyxis. Sans vouloir envisager dans ce travail toutes les formes cliniques des onyxis syphilitiques, nous avons volontairement restreint notre étude à une forme clinique bien étudiée par FOURNIER, à savoir, le pachyonyxis syphilitique.

Nous avons, en effet, eu l'heureuse occasion d'être appelé à suivre une malade de MM. les D<sup>rs</sup> LÉVY-BING et CARTEAUD, dont l'observation nous a paru comme étant absolument démonstrative.

Dans une première partie, nous passerons rapidement en revue les causes principales des onyxis.

Puis, dans une seconde partie, nous envisagerons plus longuement les onyxis syphilitiques, si magistralement étudiés par le grand syphiligraphe FOURNIER.

lésion caractéristique par elle-même, ou la présence d'autres localisations cutanées, viennent nous aider. Souvent, « l'air de famille » de toutes ces lésions nous met dans l'embarras.

Il est des cas pour lesquels le diagnostic reste en suspens. Le professeur GOUGEROT et le D<sup>r</sup> RAGU ont présenté, en 1933, une observation de troubles trophiques des ongles, où toutes les recherches étiologiques et pathogéniques étaient restées infructueuses. Le malade avait subi une séance de radiothérapie qui avait amené la chute des ongles malades. Quelques mois après, les ongles repoussaient en reproduisant les mêmes symptômes qu'auparavant.

NICOLAS et PETOURAUD, dans la même année, publient une observation pour laquelle ils avaient retenu le diagnostic de « dystrophie unguéale ». Nous savons que ce malade a été soumis à un traitement spécifique, dont nous ne connaissons pas les résultats actuels.

Sans nous perdre dans la terminologie purement descriptive des lésions multiples qu'on peut observer nous passerons en revue les principales causes d'altérations des ongles, en signalant les types morphologiques les plus caractéristiques.

### **Malformations congénitales.**

Pouvant se transmettre à de nombreuses générations, ces malformations apparaissent chez certains sujets, dès la naissance ; on peut les trouver même dans la seconde enfance et plus tardivement encore.

Les ongles se développent mal, peuvent manquer

(*anonychie*), être remplacés par un amas épidermique, corné, rugueux (*ongle épidermique*), atrophiés, minces, striés, cannelés, creusés en cupule (*koïlonychie*), hypertrophiés, noircis, rugueux, écailleux ou striés en long, ou onduleux (*scléronychie*). Ces malformations se trouvent souvent accompagnées d'autres malformations des doigts, de dystrophies pilaires et surtout de la kératodermie familiale. La syphilis, même de deuxième génération, est souvent la cause de ces dystrophies.

### **Onychoses traumatiques.**

La brièveté anormale de l'extrémité des ongles se voit chez des prurigineux qui les usent par grattages et chez les névropathes qui les rongent (*onychophagie*).

Une contusion, une plaie, un arrachement peut produire une altération transitoire ou définitive. Les envies, ces petites taches blanches et inesthétiques, semblent être dues à des légers traumatismes de la matrice unguéale.

C'est ici que nous placerons les onychoses professionnelles : celles des confiseurs (ALBERTIN, 1890), des blanchisseuses (J. NEUMANN, 1896), des boulangers (SCHUTZ, 1932), des charcutiers (OPPENHEIM, 1933), etc. Rappelons-nous que les rayons X peuvent provoquer des onychoses très graves.

### **Onychomycoses.**

Divers champignons, spécialement les trychophytons, parfois l'achorion (*favus*), peuvent infecter les

ongles chez des individus porteurs ou non de lésions mycosiques de la peau.

Plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, aux doigts qu'aux orteils, l'onychomycose débute par des taches grisâtres à bords irréguliers, sur le bord libre ou les côtés de l'ongle, ou, quelquefois, blanc de neige, à la lunule ou près d'un bord; dans le favus, les taches initiales sont jaune-paille.

L'extrémité libre s'épaissit en une masse opaque, striée, rocheuse, qui se fissure et s'effrite. La surface de l'ongle peut être intacte ou altérée; dans le premier cas, l'ongle est épaissi, strié en moelle de jonc, concave ou enroulé en griffe à son extrémité libre; dans le dernier cas, les altérations sont plus marquées: l'ongle est plus fissuré, érodé, spongieux, rocheux, sali et plus ou moins détruit.

La lésion mycosique progresse lentement; tantôt elle laisse une petite portion d'ongle intacte au voisinage de la lunule, tantôt elle amène la chute de l'ongle et paraît alors quelquefois s'éteindre, mais elle récidive quand l'ongle a repoussé complètement.

*L'onychomycose favique*, assez rare, est habituellement secondaire à un favus du cuir chevelu ou du corps, qui peut avoir guéri déjà, alors que la lésion unguéale persiste. Elle débute dans la rainure sous-unguéale ou sur les bords latéraux, par des taches d'un jaune-mâis, qu'on peut voir par transparence. Ces taches grandissent, soulèvent la lame unguéale qui continue à se boursoufler, à s'épaissir, pour éclater.

ter et s'exfolier et ne laisser finalement que des débris raboteux et striés.

*Trichophytons*, *Achorion*, *Oospora*, *Penicillium*, *Epidermophytons*, toute cette phalange s'est enrichie dernièrement, pour donner des onychoses, avec : le *Cephalosporium spinosus* (NEGRONI, 1933. On ne lui connaissait que quatre cas d'affections humaines ; le cinquième cas fut un onyxis), l'*Epidermophyton nigricans* (WILAS BOAS NETO et CESAR MARTINS, 1933), le *Mycotorula onychophila* (L. CIARROCHI, 1933) et l'*Epidermophyton rubrum* (CASTELLANI, 1933).

Le diagnostic est fait par l'examen des débris d'ongle, ramollis dans la potasse, qui nous montre souvent le parasite ; on en tentera une culture sur gélose Sabouraud, pour l'identifier.

### **Onyxis pyococcique.**

Infection impétigineuse peu connue et, souvent, cause d'erreurs de diagnostic et de pronostic.

Frappe les ongles des doigts et des orteils chez les enfants et les jeunes sujets, mais aussi chez les adultes. A la suite d'une pyodermite quelconque, l'infection commence par une pustule, au voisinage d'un des angles de l'ongle, et qui s'étend, peu à peu, tout autour.

L'inflammation peut gagner la profondeur, donnant un gros bourrelet de périonyxis avec suppuration des sillons périunguéaux. Quand la matrice a été envahie, l'ongle est décollé, bosselé, irrégulier, friable

### Onychoses des dermatoses.

Toutes les localisations digitales des dermatoses peuvent donner lieu à des altérations des ongles ; sillons longitudinaux ou transversaux, épaissement, dépressions en cupules, décollement des ongles avec rougeur et desquamation sous-unguéale, etc.

Mentionnons :

— *L'eczéma des ongles*, accompagné généralement d'eczéma des doigts et des orteils et de périonyxis.

— *Les eczématides psoriasiformes et le psoriasis*, qu'on ne saurait diagnostiquer qu'en tenant compte des lésions concomitantes ; or il faut savoir que l'onychose peut précéder les manifestations cutanées et que souvent elle leur survit.

— *Les érythrodermies primitives graves*, où il peut y avoir onycholyse totale ou partielle ; l'ongle nouveau, s'il s'en produit un, s'insinue sous le reliquat de l'ongle ancien.

— *La maladie de Duhring* dans ses formes graves et *le pemphigus chronique, foliacé, héréditaire*, peuvent provoquer des atteintes unguéales très variables. L'ongle peut tomber sans être remplacé laissant le lit lisse ; les replis périunguéaux s'effacent. D'autres fois, l'ongle est ou décollé d'avant en arrière, ou sectionné, ou atrophié, ou même onychogryphosique.

— *Le pityriasis rubra pilaire*, où l'ongle est épaissi, strié en moelle de jonc ; il y a hyperkératose du lit et de la lame unguéale.

— *La pelade*, dans ses formes étendues, où les lésions unguéales consistent en sécheresse, striation blanche longitudinale, ponctuation, fissuration, effritement, crénelures.

— *La dyskeratose folliculaire*, où les ongles peuvent être cassants, striés en long, cannelés.

— *La radiodermite chronique professionnelle*, déjà citée, donnant lieu à de graves lésions unguéales ; éclatement, effritement, exfoliation ou même atrophie totale des ongles.

— *Le lupus érythémateux*, avec des lésions semblables à tout ce qui a été dit jusqu'à présent.

### **Onychoses dystrophiques des affections générales et des troubles endocriniens.**

— *Le sillon de Beau*. — Consécutif à toutes les maladies graves ou non, chroniques ou aiguës, aux grands chocs nerveux ou moraux, aux traumatismes opératoires, à l'accouchement, à un mal de mer sévère, ce sillon résulte d'un arrêt ou d'un trouble momentané de la croissance de l'ongle. Quelques semaines après la cause qui lui a donné naissance, il apparaît une dépression ou un bourrelet arciforme à concavité tournée vers l'extrémité du doigt et que l'ongle pousse vers cette extrémité, à raison de 3 mm. par mois, ce qui permet de dater l'incident pathologique qui lui a donné naissance. Selon SABOURAUD, on trouverait dans

les délais habituels (2 à 3 mois) une alopécie contemporaine, plus ou moins marquée.

Le sillon de Beau est différent de la :

— *Sidération unguéale de Thibierge et de Dubreuilh* qui consiste en un arrêt complet des ongles. Ceux-ci sont ternes, gris-jaunâtres.

On ne connaît qu'un petit nombre de cas, notamment à l'occasion d'une infection syphilitique.

— *Des déformations et altérations diverses des ongles* se voient dans la *maladie de Raynaud*, de *Morvan*, l'*artérite oblitérante*, l'*artériosclérose*, les *varices*, l'*éléphantiasis*, la *sclérodermie*, la *lèpre*, les *troubles sympathiques*, les *névrites*, le *tabès*...

Ces déformations atteignent un ou plusieurs ongles des doigts ou des orteils, sans aucun choix, parfois simultanément ou successivement. Progressant plus ou moins rapidement, s'arrêtant des fois pendant des mois, des années ou indéfiniment, parfois avec des périodes de recrudescences, quelques-unes de ces déformations peuvent s'atténuer ou s'effacer spontanément. D'une façon générale, il y a deux conditions qui fréquemment sont en cause et qu'il faut toujours rechercher. C'est, d'une part, la syphilis, même de deuxième génération ; ce sont, d'autre part, les troubles endocrino-sympathiques. Il est vraisemblable que c'est par le mécanisme dysendocrinien qu'agissent nombre d'infections et intoxications, et notamment, *l'hérédité syphilitique, tuberculeuse, alcoolique*.

— Le cas le plus simple est la *chute* d'un ou de plu-

sieurs ongles qui ne sont pas remplacés et laissent le lit lisse, les replis périunguéaux effacés.

Un ongle peut se détacher de la matrice, en même temps qu'un autre pousse et vient le recouvrir à la manière des tuiles d'un toit.

Le décollement de l'ongle peut commencer sous le bord libre, pour remonter à la lunule, l'ongle pouvant se retourner en cornet, en griffe. On peut apercevoir dans ce cas, sous la lame unguéale, un amas concret, friable, de substance cornée, résultat d'une hyperkératose sous-unguéale.

*La koïlonychie*, où la surface de l'ongle, amincie, devient concave.

— *L'onychorrexia*, où la fragilité extrême des ongles se traduit par des fissurations longitudinales, véritables crevasses; les ongles sont ternes, rugueux, striés; les fissures souvent très douloureuses.

— *La leuconychie*, se traduit par une coloration, soit ponctuée, soit totale de l'ongle, résultant de légers traumatismes de la matrice unguéale, quand ponctuée, ou être congénitale, héréditaire ou acquise à la suite de maladies graves, quand elle est totale. On a signalé quelques cas d'origine arsenicale.

La coloration blanche est due à des fines bulles d'air infiltrées entre les cellules unguéales, mal kératinisées.

— *L'ongle hippocratique*, rencontré dans les maladies pleuro-pulmonaires et cardiaques avec gêne circulatoire, est plutôt la conséquence d'une hypertrophie des extrémités des doigts. On n'oubliera pas

qu'on le rencontre chez des sujets jeunes et pulmonaires d'une étiologie syphilitique probable.

— *La scléronychie ou pachyonyxis*. Les ongles sont épaissis ou hypertrophiés, striés en long ou en travers, d'une coloration brun-noirâtre, très durs, pouvant garder leur forme générale ou s'incurver et devenir onychogryphosiques.

— *L'onychogryphose* s'observe à l'âge mur ou avancé, frappant surtout les orteils des membres variqueux, porteurs d'ulcères éléphantiasiques et coïncidant souvent avec le rhumatisme chronique, l'artério-sclérose, les névrites, la lèpre.

L'ongle est déformé, dur, noirâtre, avec des stries onduleuses ou transversales, convexe, contourné en véritable corne de béliet. WIRCHOW lui prête une origine mécanique ; d'autres auteurs (BRUMPT et LANGERON, P. E. WEILL et GAUDIN) croient à une origine mycosique, ayant trouvé dans l'épaisseur des hyphomycètes ou un épidermophyton. C'est probablement un saprophytisme. Nous pensons que la syphilis peut être aussi mise en cause.

---

## CHAPITRE II

### **Les onyxis syphilitiques.**

---

La syphilis, en tant qu'infection générale, qu'elle soit acquise ou héréditaire, peut agir sur la matrice unguéale et provoquer, de ce fait, la survenue de diverses altérations. Très longtemps, les onychoses syphilitiques, sans être méconnues, restèrent très mal différenciées des onyxis relevant des autres causes. Leur étude sérieuse n'a vraiment été entreprise, pour la première fois, que par FOURNIER.

Les onyxis syphilitiques s'observent surtout lors de la grande explosion secondaire et sont alors facilement reconnues, quand, chez un malade en état de septicémie syphilitique, le clinicien fait le bilan des lésions viscérales, cutanées ou muqueuses.

Mais il faut bien savoir que les ongles peuvent être touchés à n'importe quelle période de la syphilis : syphilis tertiaire, syphilis héréditaire de première et même de seconde génération.

Très souvent, dans ces syphilis discrètes, atténuées, pour lesquelles les processus semblent s'éteindre, les altérations unguéales peuvent constituer, pour l'œil du clinicien averti, un rappel, un stigmate, une signature, témoignage indélébile du tréponème.

Les altérations unguéales de la syphilis sont très variées. On peut observer :

- *des onyxis pures*, se traduisant soit par des lésions discrètes : craquelures, ponctuations, soit par des troubles plus importants : décollement, épaissement de l'ongle, ulcérations au niveau de la lunule, mettant à nu le lit de l'ongle ;
- *des onyxis avec périonyxis*, soit papule squameuse ou cornée, soit inflammation à allure de panaris chronique, soit ulcération du bourrelet péri-unguéal.

Ces deux groupes comportent des affections dérivant vraisemblablement des troubles de nutrition et d'exanthèmes périunguéaux.

Nous resterons à la description magistrale de FOURNIER qui avait ramené ces lésions, à cinq chefs :

— *Onyxis craquelé ou déchiqueté* du bord libre des ongles. Touchant plus souvent la femme que l'homme, cette variété nous présente un ongle raccourci, qui s'étoile, s'écaille, s'exfolie, se brésille.

— *Décollement partiel de l'ongle*, commençant de bas en haut, à son extrémité inférieure, et arrivant rarement à rompre toutes les adhérences et à provoquer la chute. Réparation ensuite.

— *Décollement total et chute de l'ongle* qui se détache peu à peu, comme un ongle mort, et tombe en laissant à découvert la matrice et le lit de l'ongle. La chute passe souvent inaperçue. Avant même que l'ongle soit tombé, il y a un processus régénérateur qui s'installe.

— *L'elconyxis*. L'ongle présente au niveau de la région lunulaire, et presque toujours latéralement, des petites ulcérations cratériformes, à bords déchiquetés et à fond rosé.

— *Le pachyonyxis*, variété plus rare que les précédentes, et qui consiste en un épaissement de la lamelle unguéale, qui est doublée, triplée, pouvant prendre un volume énorme.

Ce développement hypertrophique se produit principalement vers le bord libre de l'ongle, qu'on trouve non seulement épaissi, mais inégalement brisé, rugueux, clivé, offrant une série de cassures et d'aspérités des plus irrégulières, en même temps qu'une coloration brune-noirâtre ou presque noire.

Ajoutons à tout ceci, *l'onyxis en « vagues de sable »* de MILIAN, ainsi que les données des *acrodermatites syphilitiques* que ce même auteur a tiré de l'acrodermatite continue d'HALLOPEAU ou phlycténose récidivante d'AUDRY, sur lesquelles nous reviendrons.

---

## OBSERVATION

---

Voici un cas très intéressant de pachyonyxis syphilitique, d'un diagnostic très délicat et que nous avons complètement guéri par le traitement spécifique. Le diagnostic d'onyxis syphilitique était resté longtemps méconnu par de nombreux spécialistes consultés.

Mme K..., âgée de 47 ans, nous a consulté le 20 juillet 1932 pour des lésions des ongles des mains et des pieds.

L'affection avait commencé en juillet 1930 par l'ongle du gros orteil du pied gauche. Sans douleur, sans suppuration de la matrice, cet ongle est devenu progressivement noirâtre et s'est épaissi. Quelques semaines plus tard, l'ongle du gros orteil du pied droit s'est pris à son tour et présenta les mêmes altérations que celui du pied gauche, mais un peu moins marquées. Puis, la malade a remarqué que les ongles des mains devenaient, les uns après les autres, également malades.

Des sillons arciformes de direction transversale apparurent à la base des ongles, principalement sur l'index, l'annulaire et l'auriculaire droits et sur le médius, l'annulaire et l'auriculaire gauches. Sur les ongles des autres doigts, des dépressions cupuliformes se montrèrent, mais les pouces furent respectés. La malade consulta alors, en novembre 1930, un médecin qui, sur l'existence d'une légère rougeur des replis sous et péri-unguéaux, porta le diagnostic d'onyxis pyococcique contracté chez la manu-

cure. Un traitement local à base d'oxyde jaune de mercure, de résorcine et d'acide salicylique fut prescrit. Mais ce traitement ne donna aucun résultat et les lésions augmentant, un spécialiste fut consulté.

Ce diagnostic d'onxyxis pyococcique fut maintenu et de nouvelles pommades furent prescrites en février 1931. Comme aucune amélioration ne se manifesta, une deuxième consultation fut prise auprès du même spécialiste. On décida alors de faire un traitement radiothérapique, mais le radiologiste ne fit que deux applications très faibles sur l'ongle du gros orteil du pied gauche, s'étant refusé d'en faire sur les ongles des mains. Ces deux séances eurent lieu en mars 1931.

De mars à juillet 1931, les lésions augmentèrent considérablement; en particulier pour les ongles des mains. Ceux-ci s'hypertrophièrent, s'épaissirent, et certains, comme ceux de l'index, de l'annulaire et de l'auriculaire droits, de l'annulaire et de l'auriculaire gauches, perdirent leur forme normale. Leur extrémité libre épaissie formait une saillie, haute de quelques millimètres, qui s'élevait en avant comme une griffe. De plus, des lésions plantaires s'étaient établies insidieusement. Il existait une forte hyperkératose du talon droit et de la région du premier métatarsien gauche. A un degré moindre, on notait également de l'hyperkératose de la région du premier métatarsien droit. Cette hyperkératose était légèrement douloureuse et se fissurait à certains moments, nous dit la malade.

Depuis juillet 1931 à juillet 1932, les lésions ne firent qu'empirer et c'est à cette époque que nous vîmes la malade pour la première fois.

*Au point de vue local, voici ce que nous avons observé le 18 juillet 1932.*

*Mains : tous les ongles sont malades, sauf ceux des*

pouces. Ces lésions sont, du reste, variables suivant l'ongle considéré.

*A la main droite :* l'index est de beaucoup plus touché. L'ongle est hypertrophié, épaissi, strié longitudinalement, de coloration brunâtre à son extrémité. Cette dernière s'élève et s'incurve d'avant en arrière et réalise une véritable griffe. L'ongle forme avec le lit unguéal un angle presque droit dont la hauteur a environ un centimètre. Le médius est, au contraire, peu atteint, ne présentant qu'un léger épaississement et de minuscules dépressions cupuliformes de sa lame unguéale.

L'ongle de l'annulaire est fortement épaissi, véritable pachyonyxis. Il est noirâtre et, comme pour l'index, forme à son extrémité une griffe des plus caractéristiques, de quelques millimètres de hauteur, moins volumineuse que celle de l'index. L'ongle de l'auriculaire est notablement épaissi par une hyperkératose sous-unguéale. Sa lame unguéale est également atteinte de quelques dépressions cupuliformes.

*A la main gauche :* l'ongle de l'index est, relativement, peu touché ; il est simplement épaissi. Le médius est plus malade, la lame unguéale est triplée d'épaisseur et la surface de cette lame est, dans son tiers, véritablement criblée de dépressions cupuliformes. L'ongle de l'annulaire est encore beaucoup plus touché.

Toute la partie libre de l'ongle est méconnaissable, fortement hypertrophiée, plus d'un centimètre de hauteur, la lame unguéale se relève en griffe ; l'ongle est parsemé d'aspérités inégales, de dentelures réalisant un mélange d'onyxis craquelée et hypertrophique. Il en est de même de l'auriculaire où l'onychogriphose s'observe au maximum, la partie de cet ongle se relevant à plus de 90° sur le reste de la lame unguéale. Mieux que toute description, la photographie n° 1, de notre observation, donne



Main droite.

Main gauche.

Aspect des lésions le 20 juillet 1932.



une parfaite idée de la morphologie des lésions. Les extrémités digitales ont été photographiées vues de champ et vues d'en haut.

On peut ainsi se rendre bien compte de l'importance des altérations unguéales et surtout de l'extraordinaire hypertrophie de certains ongles.

**PIEDS :** Seuls les ongles des gros orteils sont malades. Ces ongles sont de teinte franchement noire. Ils ont perdu leur contour naturel et se présentent sous l'aspect d'une masse cornée, de forme ronde. Considérablement épaissis, ils s'élèvent, surtout pour le gros orteil du pied gauche, en saillie presque hémisphérique. Cette saillie est irrégulière, creusée de cannelures, sillonnée d'aspérités, criblée de dépressions, les unes ponctuées, les autres cupuliformes. Au pied gauche, l'ongle est en partie décollé et donne l'impression d'une chute prochaine. Au pied droit, les lésions sont moins marquées, l'épaississement est moindre, la lame unguéale est plus lisse, mais sa coloration est aussi noirâtre que celle du côté gauche.

Associée aux lésions des ongles, on note une hyperkératose plantaire.

*Au pied droit*, cette hyperkératose occupe tout le talon et y forme une plaque d'environ 7 centimètres de diamètre. Cette plaque est dure, indolente. Toutefois, de temps à autre, il se produit des crevasses qui deviennent alors douloureuses et gênent la malade lors de la marche. A noter que les lésions sont toujours restées sèches et n'ont jamais présenté le moindre suintement. L'hyperkératose s'étend tout le long du bord interne du pied droit, suivant une bande large de 2 cm. environ. Elle atteint ainsi le gros orteil, dont elle occupe presque complètement la face dorsale, entourant tout l'ongle malade. Il existe là de nombreuses crevasses.

*Au pied gauche*, l'hyperkératose est localisée à la par-

tie de la plante correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Elle est aussi marquée que celle du talon droit, mais elle se crevasse plus souvent, rendant la marche pénible. Là encore, il s'agit de lésions dures, sèches, desquamant un peu, mais non suintantes.

A l'examen général de la malade, on ne constate aucune lésion viscérale : poumons et cœur normaux. Pression au Vaquez : 11-6. Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Pas de troubles pupillaires. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Séro-réaction, Bordet-Wassermann, Hecht, Jacobsthal :  $H_8$ ,  $H_8$ ,  $H_8$ .

A noter, toutefois, une surdité très marquée qui aurait débuté à l'âge de 33 ans, sans être précédée d'otite aiguë, et qui, malgré les soins des oto-rhino-laryngologistes consultés, n'a été qu'en augmentant insensiblement. Il s'agit vraisemblablement d'une otite scléreuse primitive. La malade, mariée depuis l'âge de 30 ans, n'a jamais eu de fausse-couche. Elle a une petite fille, actuellement âgée de 8 ans. Cette enfant est née à terme ; elle a eu sa première dent à 5 mois, mais n'a marché qu'à 18 mois. Quoique bien portante, cette fillette est très nerveuse. Elle présente de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis : voûte palatine très profonde et très ogivale, enselure nasale très prononcée, front olympien, dents mal plantées et mal formées, crénelées et rayées, avec microdontisme général. Le mari de la malade ne présente aucun signe net de spécificité. Toutefois, il convient de remarquer qu'il a été soigné pour un ulcère du duodénum. A vrai dire, un examen récent approfondi du tube digestif n'a pas permis de poser ce diagnostic et les spécialistes ont conclu à des troubles gastro-intestinaux fonctionnels. Ceux-ci ont été du reste améliorés par une cure bismuthique que nous avons faite, malgré une sérologie complètement négative.

En présence de ces lésions unguéales et de la kératose plantaire, nous avons porté le diagnostic d'accidents syphilitiques sans pouvoir du reste préciser s'il s'agit de syphilis acquise ou conceptionnelle. Nous nous demandons s'il ne faut pas rattacher à la spécificité la surdité de la malade.

Plusieurs examens sérologiques sont restés toujours négatifs, même avec les réactions très sensibles de Desmoulières et de Kahn et même après réactivation. Mais ceci n'est pas fait pour nous étonner et nous avons soumis la malade à un traitement bismuthique.

De juillet 1932 à mars 1934, Mme K... a reçu 6 séries de 12 injections de 2 cmc. de camphro-carbonate de bismuth soluble. Toutes ces injections ont été très bien supportées, la malade étant attentivement surveillée au double point de vue gingival et rénal.

Dès le milieu de la seconde cure, nous avons remarqué une amélioration très nette des ongles et des doigts. La rougeur des replis sous- et péri-unguéaux a disparu. Le caractère légèrement inflammatoire des lésions ne se retrouve plus et la malade, qui mieux que nous connaît et suit avec anxiété l'état de ses ongles, nous dit « qu'elle est sûre que l'épaississement des ongles malades a diminué ».

En juillet 1933, nous avons déjà pratiqué 4 séries de bismuth. L'amélioration des lésions est considérable ; les progrès ont été rapides et plus marqués aux ongles des doigts qu'à ceux des orteils. Les ongles des doigts ne sont presque plus reconnaissables et l'aspect en griffe de certains ongles a complètement disparu. Les ongles des deux grands orteils sont également améliorés, mais à un moindre degré. Enfin, l'hyperkératose plantaire a disparu complètement au pied droit et a notablement rétrocedé au pied gauche.

Le traitement est poursuivi, peut-être moins énergiq-

ment que nous ne l'aurions désiré, la malade accusant les piqûres d'être une cause de fatigue. L'amélioration se poursuit cependant régulièrement et nous reproduisons par la photo n° 2 l'état des lésions en février 1934, alors que nous terminons la 6<sup>e</sup> série de bismuth. L'amélioration est de peu de succès pour l'ongle de l'orteil du pied gauche. Ceci n'est pas pour nous étonner, si nous voulons bien nous souvenir que cet orteil a subi, en mars 1931, deux séances de rayons X. Nous connaissons bien ce fait, que des lésions, traitées à tort ou à raison par les rayons, sont souvent ultérieurement résistantes à d'autres thérapeutiques. Mais nous avons prévenu la malade, et cela dès le début du traitement, que l'ongle du gros orteil gauche ne repousserait pas et resterait en mauvais état.

---



Main droite.

Main gauche.

Aspect des lésions le 14 février 1934. — La malade ayant reçu 72 injections de 2 cm<sup>3</sup> de bismuth oléo-soluble.



### CHAPITRE III

## **Du diagnostic général des onychoses et de la nécessité de penser plus souvent à la syphilis.**

---

Il ressort, de notre énumération des lésions unguéales, combien le diagnostic en est difficile. Nous nous proposons et nous ne serons pas les premiers, de montrer que la syphilis doit être mise en cause plus souvent qu'on ne le fait et qu'il ne faut plus s'arrêter à ces diagnostics de misère : « dystrophies unguéales » que FOURNIER, à juste raison, détestait.

Parfois les apparences objectives des lésions, ou les circonstances, coïncidences sont telles, qu'on peut d'emblée les rattacher à une cause déterminée.

Mais, assez souvent, il arrive que l'étiologie n'est ni évidente, ni facile à découvrir. On ne se hâtera pas, en pareil cas, de porter, comme on le fait trop souvent, le diagnostic de « trouble trophique des ongles » qui n'est qu'un aveu d'ignorance. Quand la nature de l'onychose paraît obscure, il faut passer en revue les différentes catégories de lésions, pour chercher dans laquelle elle rentre.

L'étude clinique des lésions locales sont loin d'être

toujours pathognomoniques. Il faut penser que des déformations indélébiles des ongles peuvent résulter d'un traumatisme de la matrice, ou d'un panaris ; qu'une onychomycose n'est pas nécessairement accompagnée de teigne, sycosis, d'herpès circiné ; qu'elle peut avoir survécu à ces localisations et durer indéfiniment ; qu'un examen microscopique s'impose et est indispensable dans tout cas douteux, ainsi que la culture et les séro-réactions ; que les onychoses des dermatoses, pyococcie, eczéma, eczématides, psoriasis, lichen plan, dermatite de DUHRING, etc., survivent assez souvent aux manifestations cutanées et peuvent exceptionnellement les précéder.

La recherche des maladies chroniques infectieuses, des maladies dyscrasiques et surtout des dysendocrinies, des maladies nerveuses, même frustres ou débutantes, pourra quelquefois, fournir un élément de diagnostic et de précieuses indications de traitement.

Il y a deux conditions qui fréquemment sont en cause et qu'il faut *toujours* rechercher. C'est, d'une part, la *syphilis* et, d'autre part, les *troublés endocrino-sympathiques* ; c'est par le mécanisme dysendocrinien que l'hérédité syphilitique peut également agir.

Les onychoses syphilitiques se produisent, soit au cours de la période secondaire, en connexion avec d'autres accidents cutanés ou muqueux, soit comme manifestation isolée, à une période avancée de la maladie, au titre d'accident secondaire tardif, soit encore dans l'hérédo-syphilis, à un âge quelconque.

Remarquables par leur indolence, la lenteur de leur

évolution et leur tendance à persister indéfiniment quand leur nature est inconnue et à récidiver en cas de traitement incomplet, ces onyxis mettent souvent sur la piste d'une syphilis ou d'une hérédosyphilis ignorée ou dissimulée, pour laquelle elles ont servi d'agent révélateur.

La recherche des stigmates hérédosyphilitiques et de lésions cutanées ou muqueuses, cicatricielles ou évolutives, doit être exécutée avec le plus grand soin.

L'examen des pieds, en particulier, devra toujours être fait, car souvent, ainsi que MILIAN insiste avec raison, on décèle des *kératoses plantaires* révélatrices de la nature syphilitique des accidents. Un examen sérologique complètement négatif par tous les procédés, ne doit pas faire systématiquement rejeter l'idée de syphilis ; la réaction de Wassermann est fréquemment négative dans ces syphiloses localisées. On n'oubliera jamais *l'enquête familiale* dans les cas de diagnostic douteux.

Et si rien ne vient aider notre diagnostic ? Nous répétons avec le grand FOURNIER :

« Je le répète donc et ne saurais assez le répéter, car c'est là pour la pratique un point majeur, absolument majeur : il se peut qu'un hérédosyphilitique se présente sans le moindre stigmatisme d'hérédosyphilis. »

Et ailleurs :

« D'autres fois la preuve de spécificité sera faite pour ces manifestations de la syphilis secondaire tardive, par un critérium irrécusable, à savoir, le traitement. »

GAUCHER, au Congrès de Reims, en 1907, concluait

à la fin d'une observation concernant un onyxis hérédo-syphilitique d'un garçon de 11 ans :

« Cette observation est particulièrement intéressante parce que le malade, indubitablement hérédo-syphilitique, ne portait aucun signe, aucune tare de son hérédité, autre que son affection unguéale. Il y a lieu de se demander si toutes les onychoses semblables, de nature incon nue, n'ont pas également une origine hérédo-syphilitique. En tout cas, *c'est dans ce sens* que devront être conduites les recherches étiologiques ultérieures, en présence d'ony choses qui ne relèvent ni de l'eczéma, ni du psoriasis, ni de la trichophytie, ni du favus, ni d'une autre affection cutanée déterminée. »

MILIAN, en 1933, en partant de l'Acrodermatite continue d'HALLOPEAU ou Phlycténose récidivante d'AUDRY, décrit, *en observant les lésions unguéales con comitantes*, trois formes syphilitiques de cette acro dermatite :

— *La forme sèche de l'acrodermatite syphilitique* pour laquelle le diagnostic le plus souvent porté par les médecins est celui d'eczéma sec. Mais, ce qui permet à MILIAN de faire le diagnostic de kératose pul paire syphilitique c'est la constatation des altérations unguéales avoisinantes. L'ongle est partiellement épaissi ou plus profondément altéré : atrophies, stries, raies transversales, etc.

Il nous semble intéressant de rapporter ici en partie l'observation de MILIAN :

« Il me souvient toujours avoir vu, il y a un certain nombre d'années, un jeune enfant de 9 ans qui me fut amené par son père, un de mes anciens camarades

d'internat, pour des lésions des pulpes digitales, qui répondaient exactement à la description que nous venons de donner. Il me fut impossible de cacher ma pensée à mon ancien camarade d'internat qui s'insurgea immédiatement contre la possibilité du diagnostic, étant donné qu'il s'était marié vierge, ce qui était vrai.

Il montra son enfant à deux grands dermatologistes de l'époque, aujourd'hui disparus, et qui tous deux dirent eczéma sec des pulpes digitales et affirmèrent que le diagnostic de syphilis *ne tenait pas debout*.

J'insistai auprès du père pour qu'une réaction de Wassermann fût faite à l'enfant, et celle-ci se montra faiblement positive.

Un autre grand maître, consulté avec ce renseignement de la réaction de Wassermann, conclut qu'une réaction de Wassermann faiblement positive n'avait pas une grande valeur et que la lésion des doigts était bien de l'eczéma sec.

J'insistai néanmoins auprès du père pour qu'un traitement anti-syphilitique fût institué ; l'enfant fut mis aux injections d'huile grise et, en quelques semaines, ces lésions pulpairees qui duraient depuis plusieurs mois, disparurent. A deux ans de là, la mère de l'enfant mourut d'hémorragie cérébrale et j'appris à ce moment que le père de la jeune femme était atteint d'insuffisance aortique ; la démonstration complète de la nature syphilitique de la lésion était donc faite.

Depuis cette époque, nous avons observé beaucoup d'observations analogues, car cet accident est fréquent, et il nous a rendu même de très grands services pour le dépistage de la syphilis. »

— La forme érosive phlycténulaire de l'acrodermatite syphilitique, prise souvent pour de l'impétigo. L'ongle

présente des ulcérations, une surface inégale et un peu épaissie, des raies transversales.

— *La forme érosive et ulcéreuse de l'acrodermatite syphilitique*, où le diagnostic de parakératose eczématisée ou de suppuration pyogène est souvent porté. Et MILIAN de conclure à propos de cette dernière observation :

« Chez l'enfant atteint de syphilis héréditaire, ces lésions constituent souvent *l'unique* symptôme. Comme elles sont souvent suppurées, qu'on y trouve des pustules, *que l'ongle est altéré* comme dans les mycoses, que le dos du doigt est souvent pris, rosé, suintant, on pense presque fatalement à une mycose des doigts et de l'ongle. Mais les recherches les plus minutieuses dans les débris de grattage de l'ongle ne montrent aucun parasite. *Là encore*, c'est le traitement qui éclaire d'une manière définitive le diagnostic et, surtout, l'enquête familiale. Dans ces formes légères, la réaction de Wassermann est en effet fréquemment négative et le traitement lui-même demande parfois une ténacité et une persévérance qui sont capables de rebuter le malade. »

NICOLAS et PETOURAUD, en 1933, nous présentent un malade à Bordet-Wassermann positif et à Kahn négatif, pour lequel le diagnostic retenu a été de « dystrophie unguéale » ; nous sommes très heureux de savoir qu'un traitement anti-syphilitique a été institué.

---

## CHAPITRE IV

### Traitement des onychoses syphilitiques.

---

Dans certains cas d'onyxis accompagnés de péri-onyxis, il est parfois utile de prescrire un traitement local (pansements humides en cas de fissures douloureuses, pommade à oxyde jaune de Hg, au diiodoforme, bains locaux à l'oxycyanure de Hg à 1/2000, cautérisations à la teinture d'iode, au  $\text{NO}^3\text{Ag}$ , etc.

Mais, dans la plupart des cas, le traitement est, avant tout, celui de la syphilis. Cette notion est universellement admise par tous les praticiens, quand il s'agit d'onychoses syphilitiques secondaires, associées aux multiples autres manifestations qu'il est habituel d'observer à cette période.

En effet, lors de cette phase, la syphilis est richement symptomatique, florissante en lésions hautement spécifiques et contagieuses et on n'hésite guère à traiter vite et fort.

Hélas, il n'en est pas de même quand le praticien est consulté pour des manifestations unguéales isolées. De plus, il est souvent difficile, en pratique, d'imposer aux malades un traitement long, souvent fatigant, parfois délicat, uniquement en apparence, pour

des malformations des ongles. Nous pensons toutefois que, dans la plupart des cas, le médecin peut faire comprendre au malade, que les lésions de ses ongles traduisent une infection générale, et il tirera d'un traitement approprié, persévérant et bien conduit, non seulement la guérison de ses ongles, mais le plus souvent encore, une amélioration de l'état général.

Le traitement, du reste, est dans beaucoup de cas facilement accepté des malades, quand ceux-ci ont déjà beaucoup consulté, employé de nombreuses pommades ou subi de nombreux traitements par agents physiques (traitements souvent néfastes), sans avoir obtenu le moindre résultat.

Personnellement, en cas de syphilis atténuée, de ces « syphiloses localisées », nous donnons la préférence au traitement mixte bismutho-hydrargirique, sans employer la médication arsenicale, qui nous paraît comporter trop de risques.

Nous proposons des séries successives, alternées, de *Bi* et de *Hg*, à des intervalles ne dépassant pas, dans la première année, un mois et demi à deux mois, tout en ayant soin de surveiller attentivement les urines (recherche de l'albumine) et la bouche (surveillance des gencives) de nos malades.

En général, il ne faut pas s'attendre à obtenir une amélioration dès la première série. Le grand secret des thérapeutiques heureuses est avant tout la persévérance, ainsi qu'en témoigne l'observation que nous avons rapportée dans ce travail. Enfin, nous ne saurions trop insister, une fois la guérison obtenue, de

ne pas abandonner complètement le traitement. Il faut toujours garder à l'esprit la notion de syphilis, maladie essentiellement à surprises et dont les récives sont particulièrement fréquentes dans ces manifestations unguéales. Aussi, même après restitution *ad integrum*, il faut savoir convaincre les malades d'un traitement de consolidation dont *Bi* et *Hg* constitueront, là encore, les médications de choix.

---

## Conclusions.

---

1° Parmi les nombreuses causes d'altérations unguéales, il faut, avant tout, penser à la syphilis ;

2° La syphilis est parfois difficile à dépister, mais, presque toujours, un examen complet et bien conduit (clinique, enquête familiale, sérologique) permettra de la reconnaître ;

3° Les onychoses syphilitiques sont variées et le pachyonyxis syphilitique, malgré sa rareté, ne doit pas rester méconnu des praticiens ;

4° Les onyxis syphilitiques ont acquis faussement la réputation d'être rebelles à la thérapeutique. Il s'agit là d'une notion erronée qui doit disparaître, car un traitement énergique, bien conduit et longuement poursuivi, peut, non seulement en avoir raison, mais éviter toute récurrence.

Vu : le Président de la thèse,  
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,  
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :  
le Recteur de l'Académie de Paris,  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- LÉVY-BING (A.) et CARTEAUD (A.). — *Lésions unguéales syphilitiques*. Annales des maladies vénériennes, septembre 1934.
- ALBERTIN. — *Onyxis et périonyxis professionnelles*. Annales dermat. et syphiligr., 1890.
- ADAMSOM and DONAGH (Mac). — *Two unusual forms of syphilitic nails : with some general remarks upon syphilis of the nail*. British Journal of Dermatology and Syphilis, mars 1911.
- AUDRY. — *Phlycténose récidivante des extrémités*. Ann. Dermato., 1904.
- CIARROCCHI (I.). — *Mycose des ongles. Mycotorula onychophila*. Giornale italiano di Dermatologia e Sifilogia, avril 1933.
- DESSAUX et BOUTELIER. — *Manuel pratique de Dermatologie*. Masson, 1932.
- DARRIER. — *Précis de Dermatologie*. Masson, 1928.
- FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, 1899.
- *Syphilis secondaire tardive*, 1906.
- GAUCHER (E.). — *Précis de syphiligraphie*, 1907.
- *Onychose atrophique exfoliante hérédo-syphilitique*. Association française pour l'avancement des Sciences. Comptes rendus du Congrès de Reims, 1907.
- GOUGEROT et RAGU. — *Troubles trophiques des ongles avec périarthrite phalangino-phalanginétienne*. Archives dermatosyphiligr., juin 1933.

- HALLÉ et RAILLIET. — *Hyperonychose syphilitique chez le nourrisson*. Bulletins de la société de Pédiatrie de Paris, juin 1910.
- HALLOPEAU. — *Acrodermatite continue*. Annales de Dermatologie, 1890, p. 423 ; Annales de Dermatologie, 1892, p. 514.
- HELLER (Julius). — *Die Krankheiten der Nägel*. Berlin, 1927.
- JEANSELME (Ed.). — *Traité de la Syphilis*. Berlin, 1927. Chez Doin, 1932.
- KAZDA (F.). — *Zur Genese und therapie der Onychogryphose*. Arch. f. Klin. und Chir., sept. 1931.
- MILIAN. — *Onyxis syphilitique en vagues de sable*. Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie, mai 1928.
- *Syphilis unguéale atrophique et pigmentaire, kératose pulpaire*. Revue française de Dermatol. et Vénér., février 1932.
- *Acrodermatite syphilitique*. Revue française de Dermatol. et Vén., décembre 1933.
- MULLERN (Aspegren). — *Altérations des ongles dans la syphilis secondaire*. Société dermatologique de Stockholm, novembre-1904.
- NICOLAS et PETOURAUD. — *Dystrophies unguéales*. Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. Séance de novembre 1933.
- NEUMANN (J.). — *Syphilis*. Wien, 1896.
- *Beiträge zur Dermatologie und syphilis*. Leipzig, 1900.
- NEGRONI (P.). — *Description détaillée des caractères culturaux d'un champignon dans une onyxis du pied*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1933.
- ORBEGIA. — *Stigmatul unghilor*. Roumanie Médicale, juin 1932.
- OPPENHEIM (M.). — *Onyxis et périonyxis chez les charcutiers*. Dermatologische Wochenschrift, juillet 1933.
- LE PILEUR. — *Récidives in situ d'accidents tropho-névrotiques*

*dans la seconde année de la syphilis. Annales dermatol. et syphiligr.*, 1897.

*Pratique Médico-Chirurgicale.* — COUVELAIRE, LENORMANT, LEMIERRE, chez Masson, 1931.

SCHUTZ (J.). — *Onychoses des boulangers.* Dermatologische Wochenschrift, nov. 1932.

SCHACHTER. — *Sur l'onychophagie des enfants.* La Semaine des Hôpitaux de Paris, mai 1933.

VIGNOLO LUTATI. — *Intorno ad un caso raro di pachionissi sifilitica totale.* Gazzetta medica italiana, février 1908.

WILAS BOAS NETO et MARTINS (Cesar). — *Mycose des ongles et Epidermophyton nigricans.* Annales dermatol., 1933.





